

ПЕРЕЖИВАЕМЫЕ СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

STATES OF PREGNANCY IN HEALTH AND DISEASE

Комаровская А.И., Фролова С.В.

Komarovskaya A.I., Frolova S.V.

Аннотация. Проведен анализ специфики отношения к беременности и родительских установок у беременных и недавно родивших женщин в зависимости от порядка рождения в семье, возраста, психологических особенностей. Установлено, что в качестве системообразующих показателей выступают типы психологического компонента гестационной доминанты материнства. Специфичны и другие корреляции исследуемых показателей.

Ключевые слова. Отношение к беременности, послеродовое психическое состояние, беременные женщины, недавно родившие матери, материнство.

Abstract. The author of the paper conducted comparative analysis of specific features of the attitude to pregnancy and parental mindset among pregnant women and women who have recently given birth depending on the order of birth in the family, age and psychological characteristics. It was established that types of psychological component of gestational dominant of motherhood are used as system-forming indicators. Other correlations of the studied indicators are also specific.

Keywords. Attitude to pregnanc, mental states after childbirth, pregnant woman, young mothers, motherhood.

Проблема материнства в России становится все более актуальна для изучения в психологии. Существует несколько факторов, влияющих на данный вопрос. Отчасти это связано с тем, что в России снизилась рождаемость более чем на 11% с 2017 года [5]. Следующим аспектом стоит выделить возрастание случаев жестокого обращения с детьми, которое идет наравне с меньшей озабоченностью по вопросам программ психологической и социальной помощи отдельно матерям и семьям в целом. Данный вопрос не привлекал широкого внимания врачей и представителей общественности до опубликования в 1962 г. основополагающей работы Кемпа «Синдром избитого ребенка» [4]. При этом вопросами совершенствования медицинской помощи матерям и детям началось только диспансеризацией в России в 2013 году по данным отчета правительства о результатах работы в 2013 году [6]. Особое внимание обязались уделить детям, находившимся и находящимся в данный момент времени в сложной жизненной ситуации. Также хочется отметить, что в связи с нередким игнорированием на протяжении беременности субъективного состояния обследуемой девушки «особенно возросла потребность в психологической помощи женщинам в разные сроки беременности и перед родами» [3, с.6-7]. В связи с данными характеристиками особенно возросла потребность в психологической помощи. Изучение индивидуально-психологических особенностей беременных женщин актуально вследствие часто выраженного тревожно-депрессивного фона настроения на протяжении периода беременности. Данный аспект может влиять на отношение беременных женщин к своему пренейту и семье. Вследствие того, что

многие направления вопросов материнства еще недостаточно разработаны, появляются смежные исследования, направленные на систематизацию уже имеющихся аспектов. Так как во время беременности наблюдаются видимые изменения в психике женщины, это, несомненно, будет отражаться в определенном временном промежутке некими психологическими модуляциями.

Для более детального рассмотрения структуры и развития психики будущей матери необходимо наблюдать за включением у женщины определенного эмоционального состояния. Подготовка к рождению ребенка может сопровождаться различным энергетическим багажом, который, как и содержание материнской сферы активно меняется в течение беременности. Для понимания задач нашей работы необходимо знать о вариативности стилей переживания беременности. Данные стили были выделены Филипповой Г.Г. и классифицируются, как адекватный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный и отвергающий, каждый из которых характеризуется индивидуальными особенностями. Однако эти стили сопровождалась типами преобладающего психологического компонента гестационной доминанты. Изначально принцип доминанты был введен А.А. Ухтомским. Продолжая данные идеи, И.А. Аршавский ввел термин «гестационная доминанта» и заключил, что в нее входит помимо физиологического и психологический компонент, которые зависят от биологических и психических изменений, происходящих с беременной женщиной [1]. И.В. Добряков выделяет несколько вариантов (типов) психологического компонента гестационной доминанты [2]: оптимальный – наблюдается у женщин, удовлетворенных от своей беременности. Пренейт получает максимум заботы и пытается эмоционально быть понятой при первых признаках движения. Гипогестогнозический – характерен для женщин, которые скорее всего бессознательно не принимают свою беременность. Часто это проявляется в виде игнорирования проявления ее положения, равнодушии или даже раздражении на предложение помощи от окружающих. Эйфорический – преобладающее наличие повышенного фона настроения с индифферентной чувствительностью к объективной реальности. В связи с частыми фантазиями по поводу пренейта после родов наблюдаются трудности от несоответствия реальности с ожиданиями. Тревожный – отмечается преобладанием страхов и повышенным уровнем тревоги у большинства клиенток. Их характеризуют такие личностные черты, как ранимость, мнительность, эмоциональная лабильность. Депрессивный вариант часто сочетается с тревожным, но выражается повышенной утомляемостью, снижением активности и абсолютным недоверием женщины к себе, как к хорошей будущей матери.

Целью исследования выступило выявление психологических особенностей у беременных и недавно родивших женщин в зависимости от преобладающего типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД).

Исследование проводилось среди 67 девушек, из которых беременность 25 человек сопровождалась угрозой выкидыша, сохранением и преждевременными родами, а у 42 не наблюдались патологии во время беременности или родов в возрасте от 20 до 35 лет.

В нашем исследовании были использованы такие методики, как «Тест отношений беременной» и «Модификация теста отношений беременной», разработанные Эйдемиллером, Добряковым и Никольской в 2003 году, а также специально созданная анкета для изучения условий воспитания женщин в семье, где они родились. Достоверность

различий показателей определялась с помощью методов математической и статистической обработки данных, включенных в статистический пакет SPSS 21.0.

Анализ результатов исследования показал, что существуют различия между группами беременных и недавно родивших женщин в норме и патологии при различном преобладающем типе ПКГД.

Сравнивая группы патологии, при которых у женщин во время беременности наблюдалась угроза выкидыша, а также у недавно родивших зафиксированы случаи патологии при рождении или применения кесарева сечения и группы нормы (рис. 1), хочется отметить, что у последних чаще отмечается отсутствие преобладания баллов психологического компонента гестационной доминанты по какому-либо типу в сравнении с матерями. В первой группе 84% испытуемых имеют ярко выраженный тип, оптимальный. Во второй группе, нормы, 55% имеют определяющий тип доминанты, так же оптимальный. 33% эйфорический.



Рис. 1. Соотношение значений преобладающих вариантов ПКГД

Математический анализ результатов исследования показал, что существуют значимые различия между группами беременных и недавно родивших женщин с наличием патологии и ее отсутствием в уровне наличия депрессивного типа ПКГД ($p=0,002$), в наличии во время беременности у девушек приверженности ЗОЖ ($p=0,001$) и преимущественно вторым порядком рождения девушек в своей семье ($p=0,033$).

Для женщин группы патологии оптимальная гестационная доминанта характерна девушкам старшего возраста ($rs=0,403$ при $p<0,05$), являющихся средним ребенком ($rs=0,418$ при $p<0,05$). Гестационный тип ПКГД встречается при наличии долгожданности беременности ($rs=0,323$ при $p<0,01$) в обеих группах девушек. Эйфорический тип чаще представлен группой без патологии при незапланированной беременности ($rs=-0,337$ при $p<0,05$) у третьих по порядку рождения респондентов ($rs=0,385$ при $p<0,05$). Вне зависимости от группы наблюдается тенденция снижения тревожного состояния при регулярном соблюдении правильного питания: до беременности ($rs=0,284$ при $p<0,05$), во время беременности ($rs=0,038$ при $p<0,05$).

Таким образом, проведенное нами исследование показывает наличие взаимосвязи у беременных и недавно родивших женщин определенного возраста при патологии и в норме психологических особенностей от преобладающего типа психологического компонента гестационной доминанты. Это выражается в том, что для девушек, чья беременность сопровождалась различными патологиями, характерен оптимальный тип ПКГД у взрослой

женщины, имеющей родных старших братьев и сестер, в то время как депрессия преобладает у старшей девочки в семье. Гипогестогнезия повышается при сохранении во время родов. В норме у девушек понижается тревожное состояние при увеличении числа беременностей, однако увеличивается шанс гипогестогнозического варианта при долгожданности беременности. Эйфория преимущественно наблюдается у младших детей при их первой недолгожданной беременности. Результаты исследования могут быть применены в деятельности перинатальных психологов, осуществляющих психологическое сопровождение и поддержку во время родов, а также для коррекции особенностей, проявляющихся у женщин с определенным преобладающим типом ПКГД.

Список литературы

1. *Аршавский И.А.* Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющего нормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша / И.А. Аршавский / Под ред. Ф. А. Сыроватко // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – М.: 1957.
2. *Добряков И.В.* Перинатальная психология / Добряков И.В. – 2010.
3. *Куфтяк Е.В.* Основы психологической работы с семьей: учебное пособие / Е.В. Куфтяк. – М.–Берлин: Директ-Медиа, 2016.
4. *Kempe CH et al.* The battered child syndrome. Journal of the American Medical Association, 1962, 181:1724.
5. Россия теряет детей – URL: <https://www.gazeta.ru/business/2017/08/29/10863698.shtml?updated>
6. Отчет правительства о результатах работы в 2013 году – URL: <http://government.ru/info/11897/>

Автор: **Комаровская Алеся Игоревна**, студент 3 курса психолого-социального факультета ФГБОУ ВО Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ; komarovskaya_a@mail.ru

Научный руководитель: **Фролова Светлана Валериевна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии и педагогики ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ.